MISCELLANEE
16528
31
CENTRALE
DI FIRENZE

LE
PSICONEUROSI GASTRICHE

DOTTOR

G. CALLIGARIS

Libero docente di Neuropatologia nell'Univ. di Roma

CASA EDITRICE
DOTTOR FRANCESCO VALLARDI
MILANO — Corso Magenta, N 48

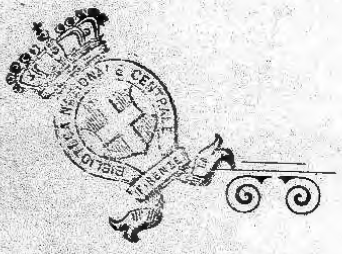
1915

LE
PSICONEUROSI GASTRICHE

DOTTOR

G. CALLIGARIS

Libero docente di Neuropatologia nell'Univ. di Roma



CASA EDITRICE
DOTTOR FRANCESCO VALLARDI
MILANO — Corso Magenta, N 48

1915

Estratto dalla *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*
N. 29 — Anno 1915

Stab. della Casa Edit. D.r F. VALLARDI, Milano

Leggendo il resoconto delle discussioni avvenute all'ultimo Congresso della Società italiana di Medicina interna a proposito della relazione sulle nevrosi gastriche (1), siamo confermati nel dubbio che oggigiorno esista, su questo punto, un tacito malinteso e un evidente disaccordo fra i clinici dello stomaco ed i neuropatologi.

Il disaccordo, per chi lo vede, è così grande da reclamare un pronto intervento e consiste, volendo ridurre subito la questione ai minimi termini, in ciò, che, al dire dei primi, le gastropatie sono, nel massimo numero, sintomatiche; mentre, stando all'affermazione dei secondi, sono invece, nella grandissima maggioranza dei casi, puramente funzionali e di origine psichica.

Nulla di più e nulla di meno: per *chi segue* da una parte i progressi della patologia medica generale e dall'altra le conquiste della patologia *speciale* nervosa, la questione si presenta sotto questo aspetto ambiguo, con due faccie opposte, come l'antico *Giano* bifronte. Non si può non convenire che il disaccordo è troppo patente perchè il medico non senta la necessità di segnalarlo, nella speranza di essere illuminato e di mettere possibilmente in pace la sua coscienza scientifica. Di minor gravità sarebbe il dubbio se riguardasse una malattia rara; ma invece si riferisce ad una malattia delle più frequenti, che ogni giorno sollecitano il consiglio del medico pratico. Meno male se si trattasse solamente di una sottile questione

(1) Ved. Resoconto del XXIV Congresso della Società italiana di Medicina interna, *Il Policlinico*. Sez. pratica fasc. 46, 47 e 51. Novembre-Dicembre 1914.

teorica o patogenetica; ma si tratta invece di una questione fondamentale come è quella diagnostica, che coinvolge la prognosi e comanda la cura.

Non molto inquietante sarebbe infatti l'indecisione, se il terapeuta si trovasse dinanzi quelle cure innocue, indifferenti, aspettanti, che talora egli prescrive egualmente, in varie forme, senza tema di nuocere; bisogna invece sapere che la cura è per lo più completamente diversa, per non dire opposta, a seconda che si rivolge ad una gastropatia di origine organica, o di natura essenzialmente e unicamente funzionale. Il dispeptico nervoso che cade nelle mani di un medico non bene illuminato sulla natura dei suoi disturbi, può correre il rischio di essere terapeuticamente diretto verso uno stato ipocondriaco, o lentamente indirizzato verso l'anoressia mentale, che lo conduce all'estremo grado di deperimento (cachessia cosidetta nevrastenica), e perfino alla morte per inanizione, quando la tubercolosi galoppante non chiuda in breve tempo la lunga scena patologica.

Per fortuna nell'immensa maggioranza dei casi il paziente non giunge a questi limiti; passa soltanto, spesse volte, degli anni come un valetudinario, soffrendo di stomaco e di nevrastenia, prendendo tonici, stomachici e purganti, guardandosi la lingua nello specchio, mangiando poco e dimagrando molto.

Giacchè la questione delle « neurosi gastriche » è dunque così importante, cominciamo a intenderci prima di tutto, se e fin dove è possibile, sulla loro natura e sulla loro classificazione.

Certamente il cómpito non è dei più facili, perchè allo stato attuale delle nostre conoscenze non è sempre possibile stabilire dove finisce una gastropatia che diciamo « funzionale », e dove comincia quella che chiamiamo « organica ». Il concetto della neurosi d'un organo non è ancora chiaramente e definitivamente fissato nel nostro pensiero. Forse, teoricamente parlando, la distinzione appare abbastanza facile; ma difficile riesce invece talvolta nella pratica (1). Un organo può per es. soffrire di una neurosi in quanto è turbata direttamente o indirettamente, per cause numerose e diverse (tossiche, riflesse ecc.), la sua innervazione periferica; come può essere egualmente affetto da neurosi, in quanto sono alterati i rapporti normali che corrono fra il suo funzionamento ed i processi psichici.

(1) Cfr. Vorkastner. *Organneurosen und Organnervenerkrankungen* in Handbuch der Neurologie von Lewandowsky. V Band, Berlin, Springer 1914.

Questa impossibilità da parte nostra di fissare sempre limiti divisori precisi, che forse non esistono nemmeno in natura, questa nostra incertezza che insorge talora nel distinguere nettamente quanto spetta alla malattia del parenchima, dell'elemento nervoso periferico e dell'elemento nervoso centrale di un dato organo, la possibilità di influenze combinate ecc., sono le cause che ci tengono qualche volta perplessi nella classificazione delle neurosi, che non essendo illuminate dall'anatomia patologica, scrive Murri (1), « si trovano in una fase dottrinale piena di ondeggiamenti ».

Se quest'ostacolo esiste, come riconosciamo, per le neurosi gastriche, esiste del pari, e forse e maggior ragione, per le neurosi cardiache, dove più complesso è il problema patogenetico in causa dell'intimo rapporto fra l'elemento muscolare e nervoso, che concorrono a mantenere il movimento e a governare il ritmo del cuore.

Si pensi per es. alla sindrome di Adam-Stokes e alla tachicardia parossistica, e si pongano in relazione con tutti i momenti etiologici messi in luce dall'anatomia patologica (processi di miocardite cronica, lesione del fascio muscolare di His, sclerosi delle coronarie ecc.).

Una revisione sarà dunque necessaria, in avvenire, così per le neurosi cardiache come per quelle gastriche.

Per quanto riguarda queste ultime, già qualche constatazione si è fatta studiando certe forme, che in passato avevano assunto, o tendevano ad assumere un'autonomia propria. Sappiamo per es. che il vomito periodico di Leyden con grande probabilità sta in rapporto colla tabe e coll'*emicrania*, e che un equivalente emicranico è secondo alcuni la gastroxinsi di Rossbach, nevrosi parossistica che s'inizia con una crisi di cefalea intensa, e finisce con un vomito violento iperacido.

Anche quella forma gastrosuccorroica chiamata malattia di Reichmann e considerata come una nevrosi secretoria, oggi è ritenuta, per consenso quasi generale dei clinici, dopo Soupault, Hartmann, Mathieu, Banti, D'Amato, ecc., come sintomatica di un'ulcera, per lo più in corrisponden a della regione pilorica.

Dopo queste premesse, torna utile, ci sembra, per cominciar ad aprirci la via, dividere subito le gastronevrosi in due grandi categorie: le *sintomatiche* e le *essenziali*. Bene indirizzata ci

(1) Murri. Psicopatie gastriche e vomiti incoercibili. *Riforma Medica*. Anno XXVII, N. 50.

pare la classificazione proposta all'ultimo Congresso di Medicina interna da Epifanio, il quale chiama le prime *false neurosi gastriche*, e riserva soltanto alle seconde, cioè alle essenziali, il nome di *vere neurosi gastriche*. Sarebbe stato però desiderabile che alle sintomatiche fossero ascritte anche quelle in rapporto colle alterazioni del sistema cromaffine, per quanto stretto sia il legame che hanno col sistema nervoso della vita vegetativa, secondo quanto insegna l'endocrinologia.

* * *

Nevrosi gastriche false, sintomatiche o secondarie.

Le gastronevrosi intese in senso lato, che sono costituite da tutti i possibili disturbi motori, sensitivi e secretori dello stomaco, spesso diversamente combinati, possono essere determinate e sostenute da cause molteplici.

Fra le malattie di stomaco propriamente dette, è noto che stanno in prima linea l'ulcera ed il cancro. Anche le gastriti (dispepsie ipercloridriche), i perturbamenti della circolazione sanguigna o linfatica, la ptosi e l'ectasia dell'organo, come le irritazioni del pneumogastrico o del simpatico entro la cavità toracica da cause diverse, non altrimenti che le dislocazioni splancniche, possono essere il punto di partenza di un disordine gastronevrotico.

L'arteriosclerosi, un vizio cardiaco, una malattia renale, pancreatica, epatica (calcolosi) o intestinale (stipsi, elmintiasi, enterocolite, appendicite cronica, ulcera duodenale), le ernie, le peritoniti, le malattie ginecologiche, sono quelle che vengono egualmente incolpate.

Seguono gli stati discrasici, l'anemia, la clorosi, la malaria, la tubercolosi (dispepsia dei tubercolosi!), e tutte del resto le infezioni, come tutte le intossicazioni determinate da insufficienza di fermenti intraorganici o da perturbamenti delle secrezioni interne (ormoni simpatico e vago tropi). A questo punto devono essere menzionati i disturbi gastrici noti della tetania, della malattia di Addison e di Basedow, nonchè quelli che si osservano in certi stati come la mestruazione, la gravidanza e la menopausa.

Comuni poi sono le sofferenze gastriche di origine gottosa o artritica, da alcoolismo o da nicotinismo.

Fra le malattie nervose ricorderemo ancora i tumori cerebrali, la paralisi progressiva, il rammollimento, le meningiti, l'edema acuto angionevrotico, raramente la sclerosi a placche;

ma specialmente la tabe (dispepsie e crisi gastriche dei tabetici) e l'emicrania (crisi gastrica), son quelle che devono essere più spesso ritenute responsabili.

Più di frequente forse vengono dal medico misconosciute le forme mentali, che s'iniziano subdolamente con disturbi gastrici, come la melanconia e la frenosi maniaco-depressiva. Spesso vediamo che i ciclotimici, quando s'inizia la fase depressiva, si presentano come ammalati di dispepsia e sofferenti di stomaco.

Ecco dunque enumerate alcune cause di neurosi gastriche. L'enumerazione venne fatta alla rinfusa, e non abbiamo nemmeno tenuto conto di distinzioni speciali, dividendo per es. le neurosi tossiche da quelle riflesse. D'altra parte le malattie infettive e tossiche possono ripercuotersi sulla funzione gastrica agendo sul ricambio, sul sistema nervoso centrale, sui nervi gastrici, sui plessi nervosi intrinseci dello stomaco, ecc. Siamo però lontani dal credere che soltanto le malattie sopra ricordate siano in grado di colpire più o meno intensamente, più o meno durevolmente, con meccanismi diversi e per vie molteplici, la normale funzionalità dello stomaco. Secondo Fliess basterebbe per es. una malattia nasale, e secondo Rosenbach una malattia oculare.

È lecito credere che non ci sia un solo organo nel nostro corpo il quale si sottragga all'influenza che può esercitare su di lui, in varia misura, per le poche vie cognite e le moltissime vie incognite, un altro organo, vicino o lontano, piccolo o grande che sia.

Non c'è nulla di isolato, di staccato, di indipendente, di completamente autonomo in noi. Un grande e meraviglioso gioco di archi diastaltici, di azioni, di reazioni e di corrispondenze, un concatenamento ininterrotto di fenomeni, un ingranaggio perfettissimo di meccanesimi, fanno della macchina umana una unità compatta, che sente in ciascuna delle sue parti costituenti il turbamento che le viene da un punto solo, che sia direttamente colpito.

Tutte le modificazioni chimiche o fisiche che avvengono nel nostro organismo devono ripercuotersi sulla complessa funzione gastrica non solo, ma su quella di tutti gli altri organi. Non possiamo escludere noi che sia per es. indifferente per la normale funzionalità sensitivo-motoria e secretoria dello stomaco, un tappo di cerume in un orecchio. Che il disturbo risultante sia così lieve da non essere avvertito dal soggetto, da non

entrare nel campo della sua coscienza, e da non costituire quell'entità e raggiungere quel grado medio di deviazione dalla norma fisiologica che noi chiamiamo malattia, questa è un'altra questione.

Poche volte noi ci accorgiamo di essere in questa o quella parte malati; nell'immensa maggioranza dei casi non ce ne accorgiamo, perchè troppo piccolo o troppo fugace è lo squilibrio funzionale che interrompe il ritmo regolare della vita. Innumerevoli sono dunque le cause che possono perturbare lo stomaco, come qualsiasi altro organo del nostro corpo. Noi vediamo soltanto alcune di queste cause più dirette e più patenti, e valutiamo soltanto alcuni di questi perturbamenti organici, quando abbiano assunto una certa intensità.

Ma fin qui abbiamo parlato soltanto di una categoria di cause fattrici di una neurosi gastrica. Però nell'organismo umano non esistono soltanto dei fenomeni fisici, chimici e fisiologici, ma hanno la loro parte anche i fenomeni psichici. Lo spirito, avverte con un po' d'arguzia Bernheim, non è una quantità del tutto trascurabile.

Quantunque sembri ancora oggidì a molti che il psichismo sia un elemento di assai dubbio o assai scarso valore nella fisio-patologia umana in genere ed in quella gastrica in ispecie, pure è un fatto oramai acquisito alla scienza, che esso costituisce l'agente patogenetico fondamentale di tutto un grande gruppo di neurosi gastriche.

* * *

Nevrosi gastriche vere, essenziali o primitive.

A questa categoria appartengono specialmente, se non esclusivamente, quelle affezioni gastriche che qui costituiscono l'oggetto principale del nostro studio, e che vennero chiamate dai varî Autori coi nomi diversi di dispepsia nervosa, dispepsia psicogena, dispepsia emotiva, neurastenia gastrica o dispeptica, psiconeurosi gastrica, disturbo gastrico su base psiconeurotica, gastropatia nervosa, falsa malattia di stomaco o pseudogastropatia.

Il concetto della dispepsia nervosa si può dire che rimonti a mezzo secolo addietro, ma ha subito diverse oscillazioni col passare del tempo.

Il Leube (1871) per primo riconosce la natura funzionale di molti casi giudicati come catarro cronico, e li mette in rapporto con una speciale iperestesia dei nervi gastrici (nevrosi sensitiva locale periferica).

Viene Ewald e vengono altri con lui, i quali combattono il concetto di una pura neurosi locale, e considerano invece la dispepsia nervosa come un sintoma, una manifestazione di isterismo o di neurastenia generale. Glénard per l'incontro ammette che quasi tutti questi casi dipendano da enteroptosi (stiramento dei nervi sensitivi e dispepsia riflessa), e più tardi Stiller individualizza una forma costituzionale di enteroptosi, che, unita all'atonia ed alla dispepsia nervosa, forma una malattia autonoma (morbus asthenicus), in dipendenza con una astenia del simpatico addominale.

Ma col progredire delle ricerche, sempre più chiara risulta l'importanza dell'elemento psichico nella patogenesi di questa forma morbosa. Vero è che dei disturbi psichici erano stati più volte osservati in questi casi da qualche clinico; però venivano posti in non cale, quando il più spesso non erano invece considerati come secondarî alla neurosi gastrica. Anche alcuni psichiatri, fra i quali Alt (1892), parlavano spesso e volentieri di melancolia o di ipocondria di origine gastro-intestinale.

Seguì Rosenbach colla sua dispepsia emotiva (Emotionsdyspepsie) e Strümpell, che nel suo magistrale trattato di Patologia Speciale Medica dedicò un posto a parte alla dispepsia nervosa, mettendola con grande chiarezza in rapporto collo stato psichico del malato.

Nell'ultimo decennio questo interessante capitolo è stato minutamente studiato e illuminato specialmente da Dejerine (1), da Dubois (2) e dalle loro scuole (Chaudron, Camus, Paguiez, Thomas, Castaigne, Zibinden (3) ecc.), da Mathieu e Roux (4), nonchè da George Dreyfus (5).

Nessuno infatti come il psichiatra ed il neurologo poteva essere in grado di mettere la questione nei suoi veri termini, mostrando con un'evidenza incontrastabile che è l'elemento mentale quello che gioca la parte più importante nella patogenesi di queste forme, e che lo stomaco non fa che reagire ad un disordine che è di origine centrale psichica, donde il

(1) Dejerine. Les faux gastropathes. *Presse médicale*, Paris 1906.
Dejerine et Gauckler. Les manifestations fonctionnelles des Psychonévroses. Masson, Paris 1911.
(2) Dubois. Les Psychonévroses et leur traitement moral. Masson. Paris 1909.
(3) Zbinden. Les affections du Système digestif en Neuropathologie. Masson, Paris 1909.
(4) Mathieu et Roux. L'inanition chez les dyspeptiques et les nerveux, Masson. Paris 1905
(5) G. Dreyfus. Ueber nervose Dyspepsie; psychiatrische Untersuchungen aus der medizinischen Klinik zu Heidelberg, Jena 1908.

nome più appropriato di psiconeurosi gastriche. La caratteristica del pseudo gastropatico sta infatti più nella sua mentalità anormale, che nei suoi molteplici disturbi di stomaco. Questi sono un esponente della sua costituzione emotiva. Gli squilibri delle reazioni secretorie che si presentano sotto forma di crisi, le variazioni brusche e opposte nelle secrezioni gastriche e intestinali con disordini funzionali corrispondenti, la tendenza al faringismo con disfagia talora elettiva, all'esofagismo, allo spasmo gastrico con vomito e con sensazione di inibizione digestiva, i molteplici disturbi della riflettività interviscerale, sono tutti fenomeni secondari che vennero appunto studiati ultimamente negli emotivi da Dupré (1).

Non c'è dubbio che simili squilibri, in questo o quello dei mille congegni nervosi che governano la funzione gastrica, possano prodursi anche indipendentemente da ogni stato psichico, senza causa apparente. Pensiamo però, che anche queste neurosi gastriche, che generalmente vengono del pari chiamate « primitive o essenziali », perchè non in altro modo possiamo oggi concepirne la patogenesi se non pensando vagamente ad un « disturbo locale di innervazione, ad un disordine dinamico ecc. », nella grandissima maggioranza dei casi siano sostenute da una causa, non psichica ma organica, che facilmente ci sfugge, e debbano quindi entrare nel capitolo precedente delle neurosi false o secondarie. Per quella strada come si disse, sono già incamminate infatti alcune gastronevrosi ritenute in passato « essenziali ». Sotto questo aspetto, ed in accordo con quanto noi pure scrivemmo qui sopra, è quindi giustificato ed eminentemente scientifico il dubbio espresso da Schupfer, che cioè col progredire degli studî patologici diminuirà sempre più il numero delle così dette nevrosi gastriche primitive, ed aumenterà quello delle secondarie. Ma queste ultime non si arricchiranno però a scapito di quelle *psicogene*, che da sole formano un grande gruppo a parte, e che per quanto spesso siano in apparenza simili alle prime, sono invece ben diverse in realtà, perche hanno, come vedremo, caratteristiche proprie.

Per intanto siamo costretti a chiamare « primitive » così queste forme psiconeurotiche pure, come quelle altre che sappiamo certamente non essere di origine psichica, ma che non sappiamo chiaramente di quale altra origine siano. Le prime

(1) Dupré. La constitution émotive. *Paris médical*, n. 45, 1911.

sono però immutabili, la loro causa starà sempre nel cerchio delle attività psichiche, mai al di fuori, e la scienza ha per mezzo secolo lavorato alla loro edificazione; le seconde sono mutabili, anzi sono caduche, perchè la scienza procede lentamente alla loro distruzione.

Non dimentichiamo tuttavia che questa demolizione non sarà mai assoluta, in quanto che resteranno sempre delle neurosi gastriche motorie, sensitive, forse più spesso secretorie (ipercloridria), che trovano la loro ragione d'essere in una « anomalia costituzionale » dell'organo e specie degli apparati nervosi corrispondenti, anomalia che porta ad una irregolarità funzionale permanente o rilevabile ad intervalli, per effetto di cause episodiche le più diverse.

Perchè per es. uno soffre facilmente di iperidrosi? Perchè un altro va soggetto sempre a neurosi vasomotorie, se non per una instabilità naturale del suo sistema sudoriparo e vasomotorio?

Ma con tutto ciò, e questo è il punto che c'interessa di mettere in luce, il gruppo delle psiconeurosi gastriche resta intatto; non perde nulla della sua realtà patogenetica, della sua caratteristica clinica e della sua grande importanza pratica. Nulla perde, se anche vogliamo essere ipercritici, e riconoscere che vi sono dei casi nei quali l'elemento psichico non è qui l'unico fattore determinante, ma c'è ancora oscuro e latente lo squilibrio costituzionale organico degli apparati gastrici, che in un dato momento comanda la localizzazione morbosa e decide sulla comparsa della gastropatia funzionale.

La sintomatologia di queste vere neurosi gastriche è delle più ricche, ed offre un'imagine caleidoscopica. L'eccessiva abbondanza di sintomi, come vedremo, è anzi un segno che le distingue.

Generalmente si dividono le neurosi sensitive, motorie e secretorie; ma si sappia che il più spesso si tratta, nel caso nostro, di forme combinate.

Fra i disordini sensitivi, l'anoressia in prima linea, la lentezza e difficoltà della digestione, accompagnata da senso di peso e di gonfiore, di oppressione al torace e di cardiopalmo, da stanchezza e da torpore intellettuale, la pirosi e le parestesie gastriche le più varie (sensazione di battito, di languore allo stomaco, ecc.), nausea e gastralgie di ogni specie (dolori spontanei a digiuno o dopo il pasto, dolori alla pressione dell'epigastrio, ecc.).

Invece dell'anoressia, si sa che in certi casi si può avere a bulimia (fame nevrastenica).

Abbastanza rara nei nervosi è l'acoria, che si osserva più spesso nelle forme mentali.

Fra i disturbi motori, il pilorospasmo, il mericismo, le eruttazioni, l'aerofagia, l'irrequietezza peristaltica dello stomaco (tormina ventriculi di Kussmaul), l'atonia gastrica ed il vomito.

Esiste infatti indubbiamente un vomito d'origine emotiva, come esiste un vomito nervoso in unica dipendenza di rappresentazioni mentali (di nausea o di debolezza gastrica). Riguardo la dibattuta questione delle gastrorragie neurogene, delle ematemesi *sine lesione*, per quanto le osservazioni di questi ultimi tempi, compiute specialmente dai neurologi, ci abbiano avvertito di essere molto scettici e molto prudenti prima di ammetterle, e per quanto si sappia che nell'immensa maggioranza dei casi sono sintomatiche, pure ci pare che ancora i tempi non siano maturi per negare assolutamente la loro possibilità, se anche incerto resta il loro meccanesimo di produzione.

Fra i disturbi secretori, l'ipercloridria, che può essere continua o intermittente (neurosi gastrica secretoria di Leube, Riegel ecc.), e l'achilia gastrica. Generalmente trattasi in quest'ultimo caso, come è noto, di alterazioni anatomiche dello stomaco (anadenia gastrica, gastriti croniche, processi atrofici della mucosa); ma ciò non toglie che, come si può avere una gastrosuccorrea nervosa, si possa avere un'achilia nervosa con diminuzione o mancanza di acido cloridrico, disturbi secretori che durano per breve o per lungo tempo.

La diagnosi di queste pseudogastropatie il più delle volte è facile.

Un interrogatorio minuzioso, un'analisi attenta, sono sufficienti nel maggior numero dei casi ad illuminare il medico esperto sulla natura funzionale dei disturbi. Il racconto fatto con grande abbondanza di particolari dal malato che amplifica le proprie sofferenze, che espone una sintomatologia troppo pingue e nella quale non torna difficile trovare delle contraddizioni (per es. anoressie elettive) e delle incompatibilità, mette da per sè solo il medico sulla retta via. Con un lavoro psicoanalitico insistente, non facile per vero finchè non si sarà acquistata la confidenza e la fiducia del paziente, ma di immenso valore diagnostico, egli andrà alla ricerca delle cause, risalirà all'origine della localizzazione gastrica, e troverà come punto

di partenza un turbamento affettivo, un colpo morale, o come vedremo in seguito, una ingiustificata preoccupazione, un errore d'interpretazione, una falsa rappresentazione mentale. Molti di questi soggetti fissano nel tempo passato, con una precisione speciale di circostanze, il giorno dacchè sono ammalati di stomaco.

Si consideri lo stato precedente delle loro funzioni gastro-enteriche e la durata del loro male, che spesso risale a parecchi anni, e che per ciò solo è incompatibile coll'ipotesi di un tumore maligno.

Altro elemento d'importanza fondamentale per questo giudizio diagnostico, è dato dalla variabilità dei sintomi gastrici (per es. appetito capriccioso) in dipendenza di momenti psichici.

C'è un parallelismo quasi sempre perfetto fra lo stato d'animo e quello gastrico. Generalmente è più uniforme, più monotono, più regolare il decorso di una gastropatia organica. Da ultimo il medico, interrogando tutte le altre funzioni, cercando i disturbi nervosi concomitanti a carico di altri organi, mettendo in luce l'esistenza della cefalea, vertigine, insonnia, facile stanchezza, emotività ecc., e comprendendo poi con un unico sguardo tutta la personalità del paziente, sopratutto il suo stato mentale, non tarderà a riconoscere come i fenomeni gastrici che sembrano costituire tutta la malattia, non sono che una manifestazione del nervosismo generale, che non è solo di questo o quell'organo, ma che è psichico. Non esiste una pura neurastenia gastrica.

Ed ora poche parole riguardo l'esame obbiettivo. « La diagnosi delle gastropatie nervose, dice Dejerine, dev'essere fatta senza esame diretto dello stomaco. Tutte le investigazioni di cui si facesse oggetto lo stomaco possono produrre su di un terreno adatto la vera psicosi gastrica, e quindi a maggior ragione possono sostenere una gastropatia funzionale già creata ».

D'altra parte è cosa sicura che un esame minuto dello stomaco, che possa escludere ogni malattia organica, serve di grande incoraggiamento al paziente; ma chi non conosce l'impressionabilità e la mentalità di questi soggetti, non s'imagina come tutte le circospezioni siano necessarie in questa esplorazione, perchè una sola parola dubbia, un solo gesto sospetto, un istantaneo atteggiamento fisionomico poco rassicurante, possono essere sufficienti per danneggiare gravemente il malato

e offrirgli un nuovo elemento di etero-suggestione, un nuovo oggetto di preoccupazione, una nuova esca per la sua continua ruminazione mentale.

Non bisogna del resto dimenticare, che questa diagnosi di gastropatia falsa o di psiconeurosi gastrica, se il più delle volte è facile, come si disse, qualche volta è delle più delicate. Si tratta dei casi nei quali esiste associazione organico-funzionale. Una lesione organica iniziale dello stomaco (specie l'ulcera latente o dissimulata) è mascherata da una sindrome fenomenica puramente nervosa e allora, in un nevropatico portatore di un'ulcera, si deve distinguere quello che spetta alla gastropatia e quello che dipende dalla neuropatia.

Quanto più il medico è avvertito di questa possibilità, quanto più è accorto nell'osservazione per cogliere il sintoma che per la sua costanza o per la sua gravità esula dalla sintomatologia propria delle psiconeurosi, e non cede alla cura di queste se la cura è incominciata, tanto più facilmente potrà evitare l'errore.

Insorto il dubbio, allora egli si gioverà naturalmente di tutti i possibili mezzi d'esame dello stomaco, non dimenticando la ricerca delle emorragie occulte.

Se vero è che noi talvolta prendiamo per una nevrosi gastrica essenziale quella che invece è secondaria, non è però men vero che l'errore opposto, nella pratica, è commesso più di frequente.

Con grande prudenza, come giustamente osserva Schupfer, penseremo ad una neurosi protopatica quando trattasi di pazienti in età avanzata. Non c'è però dubbio che vere neurosi, o psiconeurosi gastriche, recenti o di antica data, si osservino anche in soggetti di 40-50 e più anni.

Non altrimenti poi che una malattia organica dello stomaco può essere il centro di richiamo di tutta una sindrome puramente funzionale in un predisposto, è cosa sicura, come hanno ricordato Ferrannini e Rummo all'ultimo Congresso di Medicina interna, che talora una gastropatia dinamica, specie se si protrae per lungo tempo, può essere il punto di partenza di una forma organica, e così si viene a stabilire uno di quei circoli viziosi, che tanto spesso complicano i processi patologici.

Prescindendo dalle vere e proprie modificazioni di secrezione e di trofismo delle pareti gastriche, che si possono formare lentamente, anche la semplice stipsi, che è di regola nei falsi

gastropatici i quali vivono nel cerchio incantato di una dietetica severa, già rappresenta un disturbo effettivo che è certo di danno all'organismo e che, da solo, come è noto *ab antiquo*, può sostenere dei disordini gastronevrotici.

Come nascono, come si costituiscono e come decorrono queste pseudogastropatie?

Il falso gastropatico non è un soggetto che ha sempre sofferto di stomaco fin da bambino. In questo caso trattasi evidentemente di dispepsie secondarie per es. ad una causa diatesica, o ad una debilità gastrica costituzionale (Schüle, Bofinger); concetto quest'ultimo ben accettabile (Habitus asthenicus nel senso di Stiller, tipo morfologico longilineo o tisico nel senso di De-Giovanni).

Il nostro malato, che può appartenere al sesso maschile, ma forse più spesso al femminile, che generalmente ha da 20 a 30 anni ma che può averne 40,50, un tempo si nutriva regolarmente e conservava il suo peso normale. Un giorno, che spesso, come si disse, egli vi indicherà con grande precisione anche se molto remoto, è comparso uno squilibrio nella funzione gastrica.

Un'emozione o un disturbo di stomaco consecutivo ad un eccesso alimentare (indigestione), è stato il punto di partenza. Questo inizio non è sempre così acuto e così esattamente ricordato dal paziente, ma invece il male è insorto subdolamente, progressivamente, in seguito a patemi d'animo prolungati, a strapazzi, a disordini di stomaco episodici (gravidanza, mestruazione ecc.).

Il soggetto mangia poco, comincia a dimagrare e se ne impressiona, i famigliari s'impensieriscono e viene chiamato il medico. Questo esamina accuratamente il malato, diagnostica infallibilmente l'*atonia*, o la *dilatazione* o il *catarro* di stomaco, prescrive delle medicine (non esclusi i purganti perchè è insorta la stipsi) e indica un regime. La suggestione è operata, e da qui comincia la triste iliade. L'attenzione è oramai definitivamente orientata sul suo stomaco, anzi sulla sua malattia di stomaco.

La cura prescritta non serve. Il gastropatico può avere dei giorni buoni, ma ricade facilmente; anzi col passare del tempo, vittima di un errore d'interpretazione, della sua falsa rappresentazione mentale, attribuisce allo stomaco tutti i nuovi disturbi secondari che si presentano e va riducendo sempre più il suo regime, quantitativamente e qualitativamente, perchè non ha appetito, perchè teme le sofferenze gastriche della digestione,

e perchè ha paura di aggravare la sua malattia. L'alimento che finisce col scegliere, in seguito alle sue elezioni e alle sue soppressioni, è quello che viene più facilmente ingerito (latte, brodo, uova), e che « risveglia in minor grado l'*idea psichica* dell'alimentazione ». Questo, come osserva acutamente Dejerine, è il principio « che serve incoscientemente di filo conduttore all'elaborazione del suo regime ». Egli non si accorge (e talvolta nemmeno il medico) che di tutto questo quadro che si viene svolgendo non è direttamente responsabile il suo stomaco che è sano, ma ben invece il suo stato mentale, e che i disturbi gastrici sono a quello secondarî (disturbi psico-motori, psico-secretori ecc.). Già prima di mangiare è preoccupato ed ansioso; quando incomincia, l'emozione gli stringe la gola e gli rivolta lo stomaco. Un altro medico è consultato, perchè il male si prolunga da qualche mese senza accenno di miglioramento, se non fugace. Viene fatto il pasto di prova, ed esaminato il succo gastrico. L'esame può essere negativo, ma il più spesso offrirà qualche dato positivo: per es. aumento o diminuzione di acido cloridrico.

In seguito al nuovo reperto il regime primitivo viene ancora modificato o ristretto, e vengono consigliate le docce o le applicazioni di corrente elettrica, nonchè nuovi stomachici. Spesso purganti o enteroclismi, perchè l'intestino non reagisce che a questi. Il malato è tenuto dalle prescrizioni mediche in continua auto-osservazione.

Non mancano che i lavaggi dello stomaco e la radioscopia, che sarà opera del medico specialista, il quale getta l'allarme e in tutta buona fede talvolta finirà di affondare il soggetto nella sua ipocondria gastrica. Per regola generale, ogni esame ed ogni nuova prescrizione segnano un peggioramento nel nostro malato, che è divenuto sulle prime un falso gastropatico in causa della sua emotività, della sua preoccupazione ed autosuggestione, e che noi medici abbiamo poi coltivato o peggiorato con tutti i mezzi suggeriti dalla nostra arte, inconsapevolmente.

Così si è costituita la pseudogastropatia, che è una nevrosi gastrica purissima.

Il paziente, nel suo pellegrinaggio che può durare molti anni, non ha mai trovato uno di noi che lo illumini sulla origine e sulla natura dei suoi disturbi, nonchè sulle loro conseguenze, invece di orientarlo coi ripetuti esami e con il consiglio di diete speciali sopra una falsa via, anzi per una via opposta

a quella per la quale si avrebbe dovuto condurlo. Alcuni dei nostri malati, dopo un tempo breve o lungo, dopo aver girato per le stazioni balneari, le villeggiature, le stazioni alpine, ricominciano a mangiare, riprendono il loro peso e guariscono.

Guariscono anche senza questi mezzi, ma semplicemente coi regimi ristretti e colle medicine (suggestione terapeutica indiretta).

Senonchè la questione fondamentale resta pur sempre questa; che cioè di fronte ad un pseudogastropatico che può guarire per effetto dei regimi ristretti e dei medicamenti, sta un'intera falange di quelli che sono debitori a questi metodi terapeutici della cronicità, e talvolta della inguaribilità del loro male.

Può infine succedere che il falso malato di stomaco trapassi insensibilmente in uno stadio più avanzato e più grave, che è quello dell'anoressia mentale.

Si dice che uno è affetto da *anoressia mentale* quando, senza lesioni organiche di alcuna specie, per effetto di semplici rappresentazioni mentali, cioè in conseguenza di un disturbo essenzialmente psichico perde, o per meglio dire inibisce la sensazione di fame, e non può più alimentarsi. A parte le forme sintomatiche in relazione con un'idea delirante (melanconia, delirio di persecuzione, demenza precoce ecc.), che non sono sostenute dal fatto che il paziente ha perduto la nozione dell'appetito, ma dal rifiuto di mangiare (negativismo) per effetto di un delirio, e l'anoressia isterica propriamente detta, studiata da Lasègue quarant'anni fa, si distingue oggidì un'anoressia mentale *primitiva* e una *secondaria*.

La prima si osserva specialmente, non però esclusivamente, nel sesso femminile (fra i 15-20 anni) e conduce a dei dimagrimenti eccessivi (20-30 e più Kgr.). L'aspetto clinico è dei più impressionanti.

Ridotti quasi a scheletri ambulanti, di un'apparenza cadaverica, di una tinta plumbea, questi anoressici mentali sembrano dei distrofici muscolari, dei tubercolosi o dei cancerosi giunti all'ultimo stadio. Talvolta giacciono nel loro letto con un polso filiforme e sembrano in agonia, ma il più spesso invece a tanta miseria non corrisponde un eguale indebolimento organico e si vedono questi soggetti reggersi, camminare ed occuparsi come possono, sostenendosi come per un miracolo di volontà.

Nelle donne, che, come si disse, sono le più colpite, sintoma quasi costante è l'amenorrea. Anche in questi casi di anoressia

mentale detta primitiva, la progressiva restrizione alimentare è l'effetto di una rappresentazione mentale che si è fissata in seguito a momenti emotivi (perdite di averi, disgrazie, discordie, dolori d'amore, matrimoni falliti, ecc.).

Talora il *primum movens* della forma psichica si deve ricercare, come avverte Dejerine, nella deliberazione volontaria di diminuire la quantità di cibo per paura d'ingrassare, o ad es. per un'idea mistica (un voto). Prima la riduzione, poi la soppressione della razione alimentare, e così l'anoressia mentale è costituita.

L'anoressia mentale detta secondaria, presenta lo stesso quadro clinico della primitiva, se si eccettui il fatto che in quella le forze sono più colpite, perchè l'affezione ha avuto un più lungo decorso.

Appunto questa forma è quella che minaccia i falsi gastropatici.

Trattisi del resto della forma primitiva o secondaria, urge la diagnosi perchè è in gioco la vita dell'ammalato. Se il medico, non illuminato sulla natura di questi stati, persiste coi regimi e coi tonici dei quali non tarda a riconoscere l'inutilità, se non rompe con un gesto energico la catena che tiene prigioniero l'infermo, può vederlo morire per inanizione o per invasione tubercolare a rapido decorso. L'intervento terapeutico razionale (isolamento, riposo, psicoterapia, ipernutrizione) salva invece sicuramente i malati. Noi abbiamo curato qualcuno di questi pazienti, e vedemmo in realtà quei mutamenti che Dejerine ha rappresentato in alcune figure dell'ultima ediz. del suo Trattato di Semiologia del Sistema Nervoso (1). Abbiamo del resto desiderato di ricordare qui anche il quadro dell'anoressia mentale, perchè, in fondo, fra un anoressico mentale vero, un falso gastropatico o un dispeptico nervoso, non c'è che differenza di grado. Tutti i neurastenici dispeptici sono degli anoressici mentali in miniatura.

In secondo luogo si potrà comprendere quale e quanta influenza possa avere in molti casi l'elemento psichico nello svolgersi e nel prolungarsi di una nevrosi gastrica, quando si riconosca (e non v'è chi non lo riconosca), che l'anoressia mentale è un'affezione puramente psichica.

Non v'è nemmeno chi non riconosca che una malattia puramente psichica è l'isterismo, il quale può del pari riprodurre come si sa, tutti i sintomi delle gastronevrosi motorie (per es.

(1) Dejerine. Sémiologie des affections du Système Nerveux. Fig. 535-540. Masson. Paris 1914

il vomito), sensitive (per es. le gastralgie) e secretorie (per es. gastrosuccorrea, ipocloridria, ecc).

Non si può più al giorno d'oggi parlare quindi di « neurosi gastriche » considerando soltanto le cause diatesiche e riflesse, accusando i disordini dei centri spinali e bulbari, l'irritazione e l'iperestesia dei nervi propri dello stomaco e la relativa sindrome vagotonica o simpaticotonica, i disturbi del plesso di Auerbach e di Meissner, quando si sappia che esiste, già riconosciuta e classificata, un'anoressia mentale; che analoghi disturbi funzionali dei primi tempi della digestione (masticazione salivazione, deglutizione) possono del pari insorgere per effetto di incidenti fissati nella psiche del malato; e quando non si dimentichi che l'influenza del psichismo sul tubo gastro-enterico può essere così potente, da far soffrire un soggetto per una gastralgia, da modificare in un istante e completamente il suo chimismo gastrico, da rivoltargli lo stomaco per un vomito repentino, e gl'intestini per un improvviso flusso diarroico. Le funzioni gastriche sono infatti quelle che risentono più delle altre le influenze psichiche, secondo quanto insegna con esempi banali l'esperienza secolare non solo dei medici, ma anche dei profani.

Al cospetto di un gastropaziente, noi cerchiamo i limiti dello stomaco, esaminiamo la sua motilità ed il suo chimismo, ma trascuriamo troppo spesso i rapporti che corrono colla sua mentalità.

Per certo il neurologo non intende di diminuire il valore che ha l'esame del succo gastrico in alcune affezioni organiche, specialmente l'ulcera ed il carcinoma, ma desidera soltanto di ricordare al chimico clinico come la psico-fisiologia ci abbia oggigiorno insegnato che un mutamento dello stato mentale può d'un tratto modificare quei valori chimici, e quindi i risultati dell'indagine.

Le classiche esperienze di Pawlow sulla « secrezione psichica », quelle numerose di Bickel e le più recenti di Bönniger (1), per ricordare le principali, non sono certo ignote al gastropatologo.

Sono abbastanza eloquenti e dimostrative per avvertirlo che l'essere vivente (uomo o cane) non è soltanto un soggetto da laboratorio, che non reagisce solamente alle azioni fisico-chimiche, ma che le funzioni del suo stomaco, come quelle del

(1) Bönniger. Magenfunktion und Psyche *Deut. med. Woch.* 1913, n. 12.

suo intero organismo, sono intimamente e indissolubilmente legate alla sua vita psichica.

L'esame del succo gastrico nei falsi gastropatici non ha infatti mai rivelato una formula chimica costante.

Bouveret credeva che l'ipocloridria fosse la caratteristica dello stomaco « neurastenico », ma oggi si sa che si può avere invece l'ipercloridria (Mathieu, De Fleury, ecc.), e che lo stato del chimismo gastrico è in questi casi il più differente.

Per quanto il problema dell'appetito e della fame sia ancora dei più complessi ad onta degli studi di Binswanger, Benda, Funke, Ranke, Sterberg, Hertz, Levy, ecc., dei fatti certi sono questi: che cioè la fame ha rapporti meno diretti collo stomaco di quanto generalmente si crede, e che la sensazione di appetito può essere qualitativamente e quantitativamente modificata da una semplice associazione di idee, come da una falsa rappresentazione mentale.

La dilatazione di stomaco, che un tempo era considerata come il fattore patogenetico fondamentale degli stati neurastenici (Bouchard), che è frequente nei nevropatici, specie nei grandi neurastenici deperiti, che viene diagnosticata così spesso dal medico perchè rivelata anche dal *clapotage*, e che tanto impressiona i pazienti, non è una ectasia vera (molto più rara!) ma è un'ectasia funzionale, trascurabile e secondaria al dimagrimento, all'atonia muscolare generale, alla rilasciatezza dei legamenti, alla depressione nervosa del neurastenico. Viene erroneamente curata con una restrizione alimentare che la peggiora, mentre scompare coll'ipernutrizione.

Il medico che viene consultato per dei disturbi gastrici, e che vede il malato per pochi minuti, troppe volte non è in grado di comprendere nella loro intima essenza i falsi gastropatici.

D'altronde se anche avesse talora la visione chiara della natura di quei disturbi, se ne intravvedesse la patogenesi psichica, non gli sarebbe facile illuminare il paziente con poche parole, e gli tornerebbe forse difficile licenziarlo direttamente senza la prescrizione di una dieta e di una medicina.

Questi falsi malati di stomaco, questi sofferenti di vere e proprie psiconeurosi gastriche, possono essere bene studiati e bene conosciuti specialmente dai medici che li osservano per qualche tempo quando sono ricoverati nelle Cliniche e nei Sanatorî.

Infatti la conoscenza esatta di tali forme la dobbiamo in gran parte agli insegnamenti di Dejerine e di Dubois, che

hanno accolto nei loro Istituti e guarito coi procedimenti curativi moderni delle psiconeurosi un numero grandissimo di questi malati.

Anche noi abbiamo presa la parola sull'argomento, perchè in questi ultimi tempi si ebbe agio di esercitare una lunga osservazione sopra circa 50 di questi pseudogastropatici, ricoverati nel nostro Sanatorio per malattie nervose, in Udine.

Si potè così ricostruire colla massima evidenza il rapporto di causa e di effetto fra l'elemento emotivo, fobico, auto ed etero-suggestivo, e la comparsa della neurosi; seguire giorno per giorno, ora per ora, il decorrere dei sintomi gastrici parallelamente alle oscillazioni dello stato d'animo e del livello mentale; vedere il peggioramento fugace per una falsa rappresentazione, e constatare il miglioramento rapido e progressivo in seguito all'incalzare dell'opera psicoterapica.

Vedemmo scomparire con grande rapidità manifestazioni morbose secretorie, motorie e sensitive a carico dello stomaco, in ammalati deperiti, inclinati spesso verso l'abisso dell'anoressia mentale.

Osservando questi soggetti che non mangiavano, che non potevano più mangiare, e si lagnavano del loro stomaco da lungo tempo, spesso da un anno, talora da cinque o da dieci anni, e che dopo otto o dieci settimane d'isolamento, di riposo, di psicoterapia e di ipernutrizione si cibavano come nei bei tempi, avevamo riacquistato il loro peso perduto (8–10-15 Kgr.), avevano ripreso le loro forze ed il loro aspetto fiorente, comprendevamo con una chiarezza che nessun dubbio poteva oscurare come la diagnosi di psiconeurosi gastrica era stata esatta, e come l'esito della cura l'aveva dimostrato, confermando la patogenesi della forma morbosa. Si vedeva distrutto il sospetto che un medico troppo organicista avrebbe potuto nutrire sulla natura secondaria di quelle neurosi gastriche, e si comprendeva tutta la verità raccolta nel giudizio dello Zbinden, che cioè, in questi casi « il trattamento locale perde il malato, mentre quello generale lo salva ».

Noi siamo naturalmente ben lontani dal negare che esistano delle gastropatie indipendenti da ogni causa nevropatica; anzi, come sopra abbiamo detto, siamo disposti ad allargare il cerchio delle cause effettive, che possono sostenerle. Non siamo dei semplicisti che mettono tutto in conto della psiche, e pensano che ogni nevrosi gastrica sia una psicosi di stomaco. Abbiamo desiderato soltanto di manifestare anche il nostro pen-

siero col dire, che molte volte ad una patogenesi periferica, dev'essere sostituita una patogenesi psichica.

E perchè ci sembra che questo concetto non sia ancora oggidì valutato in giusta misura, abbiano creduto bene di ripetere l'avvertimento.

Già Strumpell diceva che questi casi sono « oltremodo frequenti »; e siamo giunti così fino a Dubois e Dejerine, i quali affermano che degli ammalati di disturbi dispeptici, « più di quattro quinti sono puramente e semplicemente dei nervosi ».

Se anche vogliamo essere più severi, e diminuire questa percentuale, già il numero resta indubbiamente abbastanza grande perchè sia soverchiante e costituisca un mónito per il medico che cura dei gastropatici, e che di neurosi gastriche scrive nei Trattati o parla nei Congressi, dimenticando o mettendo all'ultimo posto tutto un grande gruppo, tutta una intera categoria di queste nevrosi, nate e cresciute soltanto su base psiconeurotica.

Gli elementi psichici che danno origine e sviluppo a queste false gastropatie, le quali mentiscono spesso col loro decorso clinico quelle organiche genuine, quando non sono il diretto risultato di azioni emotive, rappresentano, come già si disse, il prodotto di un'auto e di un'etero-suggestione, derivante quest'ultima in grandissima parte dal trattamento medico, che, essendo sintomatico, non costituisce la loro cura, ben invece concorre alla loro educazione, fissando sempre più nella mente del malato l'idea di un'affezione localizzata all'organo sofferente (interrogatorio, esami ripetuti, abuso delle dietetiche spesso insufficienti e della polifarmacia).

Queste neurosi gastriche sono invece guaribili solamente coi procedimenti generali della cura delle psiconeurosi (isolamento, riposo, psicoanalisi, psicoterapia e ipernutrizione, specie negli ammalati deperiti).

Da chi è stato detto che esistono gli stomaci dei chimici e quelli dei radiologi, si potrebbe dunque aggiungere, che esistono ora anche gli stomaci dei psicologi, dei psichiatri e dei neurologi.

In fondo, a parte la punta leggermente ironica che trovasi sotto questo gioco di parole, si nasconde anche qui una parte di verità, perchè la natura presenta ogni suo fenomeno con mille facce, e l'uomo vede specialmente questa o quella, a seconda che ha imparato meglio a conoscerla.

Può essere perciò che questi ultimi vedano troppe volte l'origine di alcune malattie nel mondo inconsistente dello spirito. Ma perchè altri la cercano sempre in quello tangibile della materia, la reazione dei primi, se anche talora eccessiva, forse è salutare in quanto accende nuove discussioni ed incita a nuove ricerche, che sono necessarie per raggiungere quel giusto equilibrio nel quale la scienza, dopo tanti tentativi, dopo tante incertezze, dopo tante lotte lunghe ed oscure, trova infine la stabilità del suo dominio.

1392282 P